

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL

**“Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de Salud Francisco
Real de la comunidad Valle La Laguna - Masaya, Enero a Diciembre 2017”**

Autores: **Gabriela Cáliz González**
 Laura María Castillo Flores

Tutor: **Wilbert López Toruño Md, MPH**
 Médico y Máster en Salud Pública
 UNAN Managua

Managua, Enero de 2018

DEDICATORIA

Dedicado a Dios señor y dador de vida por darme el don de vida, por ser quien abre puertas en este proyecto de vida.

A mis padres quienes se han esforzado por brindarme educación de calidad, por sus palabras de ánimo, inspiración y motivación, su apoyo incondicional ha sido el que me ha mantenido firme luchando para conseguir el objetivo.

A mi esposo e hija por su comprensión por darme fuerzas en los momentos de debilidad, porque han creído en mí los amo.

Gabriela Cáliz González

Gracias te doy mi Dios porque nunca me has dejado, ni te has olvidado de mí, hoy me permites alcanzar una de mis sueños por lo que debo dedicarte mi trabajo a ti, quien me das el aliento de vida y las ganas de luchar.

A mi madre que cada día lucho a mi lado y me ha apoyado con todo cuanto ha podido, y a ti papá porque siempre has confiado en mí y me has dado palabras de aliento y apoyo.

A mi Esposo por su amor, apoyo y confianza por recordarme cuan valioso es cada esfuerzo porque cada uno tiene su recompensa, y a ustedes mis preciosos hijos Amy y Guillermo porque con un beso y un abrazo han respondido a mi falta de tiempo, o mi mente ocupada porque aun con ello saben que son el motor de mi vida.

Lo valioso no tiene precio, por eso solo debo decirles Gracias.

Laura Castillo Flores

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a Dios el dador de vida y principio de la sabiduría, porque gracias a el día de hoy hemos alcanzado un logro tan importante en nuestro desarrollo profesional

Gracias a nuestros padres por darnos que a pesar de todo han sido nuestro principal apoyo, nos han brindado fuerzas en los momentos más difíciles por sus palabras de ánimo, motivación e inspiración.

A esposos e hijos por comprendernos, por aceptar q no estuvimos todo el tiempo necesario con ellos para poder culminar la investigación.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua- Facultad de Ciencias Médicas por la formación como profesional que sin lugar a duda fue eslabón principal para la culminación de la presente tesis.

OPINION DEL TUTOR.

El presente estudio, titulado: **“Factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna - Masaya, Enero a Diciembre 2017”**, elaborado por las **Bachilleras Gabriela Cáliz y Laura Castillo**, es de suma pertinencia e importancia científica debido a las altas estadísticas de embarazo en adolescentes, actualmente Nicaragua es el país centroamericano con más altas tasas de embarazos tempranamente.

A como mencionan oportunamente las autores de este trabajo, los embarazos en adolescentes afectan varios aspectos en el desarrollo económico, tanto a nivel familiar, comunitario y nacional. La maternidad juvenil perpetúa aún más el ciclo vicioso de la pobreza, dado que conllevan altas pérdidas de población con altos niveles de instrucción y productividad, que a larga finalmente repercutirá en el desarrollo económico del país.

Felicito a las bachilleres por la culminación de la presente tesis y aprovecho para instarlas en seguir en la superación profesional, con la finalidad principal de brindar un servicio de calidad y calidez a la población nicaragüense.

Wilbert López Toruño MD. MPH.
Tutor Metodológico
Máster en Salud Pública
Docente Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1,000 muchachas. Aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. Dicha situación pone en riesgo la salud materno-fetal, ya que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en estas menores. (OMS, 2014) La presente investigación pretende describir los factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna Masaya, Enero a Diciembre 2017. Para ello se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 81 pacientes registradas en el censo de embarazadas entre las edades de 10 a 19 años del Puesto de Salud Francisco Real de Valle La Laguna, Masaya – Nicaragua, en el periodo de enero a diciembre del 2016. La mayoría de las pacientes en estudio tenían entre 17 a 19 años de edad, escolaridad primaria, estado civil acompañado, de procedencia rural, católica, con ingreso mensual menor de C\$4,000 córdobas. Las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 14 a 16 años de edad, su primera menstruación fue entre los 10 a 12 años, refirieron de 1 a 2 compañeros sexuales, primigestas, con parto vaginal, sin abortos ni óbitos y su primer embarazo fue entre las edades de 14 a 16 años. No poseían antecedentes no patológicos, sin embargo el uso frecuente de PPMS fue notable. En relación al nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, la mayoría posee buenos conocimientos. Con respecto a los factores psicológicos se encontró que la mayoría tenía una disfunción moderada según el apgar familiar que valora la funcionalidad de la familia y una baja autoestima según la escala de evaluación de la misma.

Palabras claves: Embarazo, adolescentes, Puesto de salud Francisco Real, Valle La Laguna.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
OPINION DEL TUTOR.	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACION.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. MARCO TEORICO.....	9
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	20
VIII. RESULTADOS	28
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.	30
X. CONCLUSIONES.	34
XI. RECOMENDACIONES.....	35
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	36
XIII. ANEXOS.....	38

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los temas de mayor importancia para la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de particular interés en salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo, es del embarazo en la adolescencia. El embarazo en la adolescencia se define como “*la gestación entre los 10 a 19 años de edad*”; y desde un punto biopsicosocial esta etapa es una transición de la niñez a la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1,000 muchachas. Aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. Dicha situación pone en riesgo la salud materno-fetal, ya que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en estas menores. (OMS, 2014)

Nicaragua, posee uno de los porcentajes más altos en cuanto a embarazos adolescentes se refiere; según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud el 25.9% de las adolescentes comprendidas entre el grupo de 15 a 19 años de edad, ha estado embarazada alguna vez, siendo las procedentes de las zonas rurales y con menor nivel educativo las mayores afectadas. (ENDESA, 2011/2012)

Los embarazos en adolescentes afectan varios aspectos en el desarrollo económico, tanto a nivel familiar, comunitario y nacional. La maternidad juvenil perpetúa aún más el ciclo vicioso de la pobreza, dado que conllevan altas pérdidas de población con altos niveles de instrucción y productividad, que a larga finalmente repercutirá en el desarrollo económico del país.

La maternidad juvenil también se encuentra fuertemente asociada con la mortalidad materna, ya en este grupo se encuentran los principales factores de riesgo para el desarrollo de hemorragias post parto; síndrome hipertensivo gestacional e infecciones puerperales; mismas que el Ministerio de Salud (MINSA) ha reconocido como las principales causas de muertes maternas en Nicaragua. (MINSA, 2006)

Son muchos los factores que influyen en el aumento de embarazos adolescentes en Nicaragua, entre los principales destacan: factores sociodemográficos como bajo nivel económico y educativo, procedencia rural y disfunción familiar; entre los factores biológicos encontramos: madurez reproductiva precoz, IVSA precoz, promiscuidad y uso de sustancias psicoactivas.

Los factores psicológicos también juegan un papel importante en cuanto a los embarazos adolescentes; se ha encontrado que en más del 83% de los embarazos adolescentes está presente la baja autoestima, abuso sexual, maltrato físico y psíquico. (FUNIDES, 2016)

Con este estudio se pretende identificar los factores asociados a los embarazos en las adolescentes atendidas en el puesto de salud Valle de La Laguna, y así tener elementos que permitan fortalecer las labores de educación sexual y reproductiva en dicha comunidad. Con la finalidad de disminuir la incidencia de esta problemática que tanto afecta el desarrollo económico del país y al aumento de muertes maternas por año.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional

En 2013, Sánchez y colaboradores en su estudio “Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tulúa, Colombia”, se analizaron a 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas y 302 adolescentes si embarazo y con vida sexual activa, resultando que hubo asociación significativa con embarazo las variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de AS a los 15 o menos años y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico 1 y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. Por lo que se concluye que las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales, familiares y socio-culturales. La promoción de la abstinencia es un objetivo válido, especialmente entre adolescentes más jóvenes, sin embargo, la evidencia científica mundial demuestra que no es suficiente para evitar embarazos no deseados. (Sánchez, y otros, 2013)

En 2013, Díaz y colaboradores en su investigación “Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes: Cartagena 2012 – 2013.” Se abordaron 621 adolescentes escolarizados cuatro instituciones educativas públicas y dos privadas de Cartagena, concluyendo que la prevalencia de embarazo en adolescentes fue de un 7%; de la cual el 3,8% pertenece a mujeres que están o han estado en condición de embarazo y el 3.2% en hombres que han vivido una situación de embarazo con su pareja. En cuanto al tipo de institución la prevalencia de colegios oficiales fue de un 5.25% (33) y en colegios privados de 1.75% (11); el 31.6 % de los adolescentes son sexualmente activos, y la edad promedio de inicio es de 15 años. (Díaz, Espitia, Prasca, Puerta, & Quintana, 2013)

En el 2015, Angulo en su estudio “Factores asociados a embarazo adolescente recurrente en el servicio de Ginecoobstetricia del hospital Belén de Trujillo”, encontró que la edad media de los casos y controles fue 17.84 ± 0.824 años y 28.23 ± 3.726 respectivamente. El ser soltera fue más frecuente con un OR de 4.19, el IC95% no reconfirmó significación estadística. La procedencia rural fue más frecuente en casos que en controles (82.2% vs. 33.3%), con OR =9.25 ($p < 0.05$; IC95% 3.978-21.508). El bajo grado de instrucción también fue más frecuente en casos que en controles (80.0% vs. 31.9%), OR=8.56 ($p < 0.005$; IC95% 3.78-19.34). La edad temprana de la primera relación sexual (≤ 17 años) mostró diferencia significativa. La edad de la primera gestación ≤ 15 años también fue más frecuente en casos que en controles (84.4% vs. 12.6%) y el OR fue 37.68 ($p < 0.005$; IC 95% = 14.52-96.03). Concluyendo que la procedencia rural, el bajo grado de instrucción, la edad de la primera relación sexual y de la gestación ≤ 15 años son factores de riesgo para embarazo adolescente recurrente.

En el 2016, Rodríguez y Espinoza, en su tesis “Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca de enero a marzo 2016”, se estudiaron 30 gestantes, la mayoría tienen una edad de 15 a 19 años, con grado de instrucción secundaria, ocupación ama de casa, estado civil convivientes, vienen de familia monoparental, vive solo con su madre, tuvieron una sola pareja sexual, primigestas, no tuvieron antecedentes de aborto, no usaron métodos anticonceptivos. Por lo que se determinó que los factores que influyen en el embarazo en adolescentes son: la edad, la ocupación, tipo de familia, inicio de la primera relación sexual, y el uso de métodos anticonceptivos.

En 2017, Carvajal y colaboradores en su estudio “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia”, se estudiaron 316 adolescentes. El promedio de edad de la cohorte fue de 15.9 años. El 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 14.5 años y 67.7% indicaron que no usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Durante el seguimiento las adolescentes que tuvieron mayor riesgo de tener un embarazo fueron aquellas que reportaron en la encuesta: No ser capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no usaban métodos de planificación; sentir culpa por el consumo de alcohol; tener amigas que abortaron y sentir presión para iniciar vida sexual. (Carvajal, Valencia, & Rodríguez, 2017)

A nivel nacional

Un estudio realizado en Chontales en el 2012, concluyo que los embarazos en las adolescentes constituyen un 25.3% cifra que no reporta mucha diferencia con un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, quienes reportan tasas de prevalencia del 25.9%. Nicaragua se ubica entre los primeros lugares a nivel latinoamericano en cuanto a altas tasas de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 – 19 años.

En el 2013, la Asociación Quincho Barrilete en su investigación “Factores asociados al embarazo en adolescentes en poblaciones de alto riesgo social”, encontró que la mayoría tenía 14 años, la edad promedio del padre de sus hijos es de 17.4 años, lo que sugiere embarazos adolescentes producto de relaciones sexuales tempranas, la mayoría dijo que el embarazo fue producto de relaciones sexuales consensuales, no hay convivencia con el padre del niño. Por lo que plantea que los embarazos adolescentes están asociados a relaciones afectivas, típicamente entre adolescentes, nupcialidad temprana, probablemente asociado a la búsqueda de relaciones afectivas de las que se ha carecido en el hogar de origen, poseían buenos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, sin embargo no aplicaron ningún método de planificación familiar ni de protección. (Asociación Quincho Barrilete, 2013)

III. JUSTIFICACION.

A nivel mundial, existen aproximadamente mil trescientos millones de adolescentes; en América Latina y el Caribe los adolescentes de 10 a 19 años corresponden al 20% de su población. De estos grupos, alrededor de quinientos quince millones son niñas y aproximadamente quince millones de ellas dan a luz cada año, representando el 10% de todos los partos, cifra que aumenta al 17% en los países en vías de desarrollo. (Noguera & Alvarado, 2012)

El embarazo adolescente es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo.

Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros.

La finalidad de este estudio es, además de conocer la prevalencia de los embarazos en adolescentes del municipio del Valle la Laguna, identificar los principales factores asociados con la maternidad juvenil y tomar como punto de partida para realizar estrategias para la prevención y reducción de ellas. También servirá para motivar a las demás regiones de Nicaragua a realizar estudios con el fin de reducir la mortalidad materno-infantil para ayudar al desarrollo económico del país, haciendo hincapié en el manejo preventivo y de esta forma se tomen decisiones pertinentes y contextualizadas con la cual se mejoren la eficacia y eficiencia de cada servicio de salud; posibilitando la disminución del índice de repetición de embarazos en gestantes; ya sea a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el período entre los 10 y 19 años de vida, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, ocurriendo una serie de cambios que se reflejan en la esfera anatómica, fisiológica, social y cultural. (Bonilla, 2010)

La UNICEF señala que entre el 20 y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años, del 30 al 67% ya han tenido su primer parto. (Blázquez, 2012)

La Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo adolescente es un problema de salud pública por su aumento desmedido, las consecuencias del mismo y porque afecta a los sectores más populares de las poblaciones y que pone en riesgo la salud de los jóvenes. (Barraza & Murillo, 2010)

El embarazo en adolescentes se considera influenciado por factores sociales, culturales y familiares, siendo de gran relevancia el soporte que le brinde la familia y, sobre todo, si existen antecedentes maternos de embarazos en la adolescencia. (Contreras, 2011)

Por lo tanto, se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna - Masaya, Enero a Diciembre 2017?

V. OBJETIVOS

General

Describir los factores asociados a embarazos en adolescentes atendidas en el Puesto de salud Francisco Real de la comunidad Valle La Laguna Masaya, Enero a Diciembre 2017.

Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente la población a estudio.
2. Explorar los factores biomédicos de las pacientes en estudio
3. Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva que poseen las embarazadas adolescentes en estudio.
4. Identificar los factores psicológicos y familiares de las adolescentes atendidas en dicha unidad de salud.

VI. MARCO TEORICO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la segunda década de la vida, comprendida entre los 10 a 19 años de edad. Se han definido dos subclasificaciones: la adolescencia temprana que es aquella comprendida entre los 10 a 14 años, y la adolescencia tardía que abarca los 15 a 19 años de edad. Esta etapa es crucial para el ciclo vital del desarrollo humano, el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales descritos en las etapas de Tanner, hasta obtener la madurez sexual.

- **Definiciones**

Adolescencia temprana: se refiere a cambios biológicos en donde el individuo experimenta cambios corporales y funcionales como la primera menstruación. En esta etapa el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo para posteriormente experimentar atracción por el sexo opuesto. Para muchos, esta edad es el inicio para las experiencias y actividad sexual.

Adolescencia tardía: en esta etapa no se presentan muchos cambios en relación a la adolescencia temprana y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta.

Se considera embarazo adolescente aquel embarazo que ocurre entre las edades de 10 a 19 años (UNICEF, 2011), y para comprender sus factores determinantes y consecuencias hay que tener en cuenta la relación que existe entre la salud y el bienestar de las personas, además de los procesos sociales, económicos y políticos a distintos niveles.

- **Complicaciones para la madre y el niño**

La maternidad juvenil tiene una mayor asociación con la morbi-mortalidad materno-infantil. Las mujeres adolescentes no solo están menos preparadas psicológicamente que las mujeres de mayor edad, sino también económicamente para dar a luz a un bebé saludable. Existe además mayor riesgo para presentar complicaciones maternas tales como: síndromes hipertensivos

gestacionales, anemia, parto pre término, hemorragias en el embarazo o puerperio, entre otras. Las tasas de mortalidad superan el 60% en comparación con mujeres de mayor edad.

Los hijos de madres adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de presentar bajo peso al nacer, la principal causa de esto es la prematuridad, pero el retraso del crecimiento intrauterino (CIUR) también juega su papel. Las madres adolescentes son más susceptibles a comportamientos tóxicos tales como: tabaquismo, alcoholismo, abuso de drogas, etc., lo que conlleva a un pobre incremento de peso materno y a la promiscuidad; todo esto condiciona a incrementar los riesgos de que el bebé tenga un crecimiento inadecuado, infecciones o dependencia de sustancias químicas tales como el Alcoholismo fetal agudo. El riesgo que tiene el bebé de morir en el primer año de vida incrementa inversamente proporcional a la edad materna, a menor edad mayor riesgo.

- **Situación socioeconómica**

Según la clasificación de las Necesidades Básicas Insatisfechas (CEPAL/DGEC, 1988), se identifican tres tipos de hogares:

1. Hogar no pobre: sin necesidades básicas insatisfechas
2. Hogar pobre: una necesidad básica insatisfecha
3. Hogar en extrema pobreza: dos o más necesidades básicas insatisfechas

El nivel de insatisfacción de las necesidades básicas juega un papel importante en la incidencia de embarazos adolescentes, a su vez la pobreza y la informalidad de las uniones acentúan las responsabilidades de las mujeres en sus hogares, a la vez que experimentan mayor dificultad para conseguir empleo. Desde la infancia, las mujeres juegan el papel de madre-niña, tomando a su cargo labores domésticas y el cuidado de sus hermanos menores; posteriormente con sus embarazos en la adolescencia, especialmente en su condición de madre soltera, le devuelve al mismo hogar el papel que antes desempeñaba. Estos cambios de roles están fuertemente asociados por las modificaciones socioeconómicas que experimenta a lo largo de su vida.

- **Relaciones familiares**

El enfoque familiar es de particular importancia en salud, bienestar y desarrollo del adolescente debido a la fuerte influencia positiva que una familia funcional y la fuerte influencia negativa que una familia disfuncional tiene sobre la salud integral del adolescente. Entre las funciones básicas de la familia están el proporcionar recursos básicos para la subsistencia y el cuidado en el hogar, dar protección a los adolescentes, apoyo a su desarrollo físico, emocional y social. La ausencia de uno o ambos padres conlleva a un desarrollo inadecuado.

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además, puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través del embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se han descrito como factores de riesgo asociado a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana o madre con historia de embarazo adolescente.

En EEUU, a través de diversas investigaciones, concluyeron que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, múltiples padres o ausentes, en diferentes momentos de su vida favorecen la precocidad de las relaciones sexuales y presentan con más frecuencias embarazos en la adolescencia.

Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, genera carencias afectivas que el adolescentes no puede resolver, impulsándolos a relaciones sexuales que tienen mucho más sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor. Se plantea que la incorporación de un rol sexual apropiado es facilitado por: un modelo de relaciones maritales estable proporcionado por los padres, una fuerte y positiva identificación por el rol sexual del progenitor del mismo sexo, una experiencia sexual favorable con los miembros del sexo opuesto y fuertes vínculos identificatorios con púberes del mismo sexo.

El rol que los padres brindan permite a los seres humanos en el periodo adolescente ir hacia la construcción de nuevas relaciones con el mundo y se ve afectado por los ajustes requeridos en la re estructuración del grupo familiar.

- **Nivel de escolaridad**

En el nivel de educación en la adolescente influye en la fertilidad mediante varios factores interrelacionados, incluyendo la condición socioeconómica de la mujer, situación dentro del hogar, edad al momento de casarse, tamaño deseado de la familia, acceso a información y servicios de planificación familiar y uso de la anticoncepción. Incluso después de tomar en cuenta otros factores, los investigadores encuentran constantemente que las mujeres con mayor educación tienen mayor probabilidad de utilizar la anticoncepción.

Indudablemente, la educación mejora la condición de la mujer, dado que habitualmente tienen aspiraciones personales más altas, y la educación puede abrirle puertas hacia mayores y mejores logros y desarrollo personal, poniendo menos énfasis en la maternidad como principal recompensa de la vida.

Para el impacto de la educación en centros educativos de Argentina para el año 2004, se realizó una encuesta a mujeres adolescentes que estaban en cuidados intensivos o con hijos en cuidados intensivos neonatales, con complicaciones graves del embarazo incluyendo la muerte fetal, y encontraron que casi el 50% de las adolescentes encuestadas (46.3%) ya no estudiaban al momento de embarazarse.

En relación al uso de métodos anticonceptivos, se dice que no siempre es necesario que haya aumentos en la educación formal para que incremente el uso de estos. A menudo, echar a correr la voz o a los medios de comunicación masiva son suficientes para concientizar a la gente sobre la anticoncepción y pueden difundir la norma de la familia pequeña a través de la sociedad. Sin embargo otros autores consideran que la educación de las mujeres tiene estrecha conexión con el uso de anticonceptivos.

Una encuesta realizada en 1993 por la Universidad de Salud Pública de John Hopkins, se encontró que el uso de anticonceptivos es más alto entre las mujeres con mayor educación y por ende, logren la meta de no tener más hijos de los que desean, dato que está relacionado con otros estudios internacionales. Las mujeres que han cursado más de 7 años de educación se casan en promedio 4 años más tarde, y tienen en promedio 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación. Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia.

Una serie de grupos de enfoque y de entrevistas a fondo, que se realizaron en adolescentes y adultos de ambos sexos de distintos estratos y condiciones sociales de la ciudad de León en el año 1993, concluyeron que el no uso de anticonceptivos está relacionado a la pobreza y a la falta de educación. La asociación entre la educación y la reducción de la fertilidad añadiendo el efecto protector de la educación en la prevención de embarazos a temprana edad, aun entre familias pobres, indica que la educación es una herramienta muy poderosa para romper el círculo vicioso de la pobreza y el embarazo precoz.

- **Ocupación y edad de inicio de actividad laboral**

La edad de inicio de la vida laboral tiene estrecha relación con la condición económica, una mujer que vive en una familia altamente pobre es forzada a buscar una fuente de sustento para su familia a corto plazo, iniciando su vida laboral en la adolescencia, abandonando sus estudios y en muchos de los casos buscando compañeros de vida que las apoyen económicamente. Forman familias precozmente que modifican el núcleo familiar, con la consecuente pérdida de la estabilidad. En algunos casos, los trabajos realizados por estas adolescentes no son bien remunerados por la falta de preparación y llegan a percibir pocas o ningunas oportunidades de éxito, que según algunos autores es un factor que puede llevar a un embarazo o incluso a creer que los hijos son futura fuente de ingreso.

Otro aspecto importante, es que en algunos estudios como el realizado en el Policlínico Docente de la Habana Cuba en el año 2000, demostró que más de la tercera parte (35.8%) de las mujeres adolescentes embarazadas, ni estudiaba ni trabajaba; dato que nos hace pensar que algunas adolescentes no tenían la preparación para afrontar un embarazo y su expectativa social y económica era muy baja.

- **Procedencia y accesibilidad a los servicios de salud**

Según el Ministerio de Salud para el año 2002, 3 de cada 10 nacimientos eran de mujeres adolescentes en el área urbana y hasta 4 de cada 10 en el área rural. Junto con la educación de la mujer, las diferencias más sistemáticas de la fertilidad entre los grupos, reflejan en qué lugares viven las mujeres: si en zonas rurales o urbanas. En encuestas realizadas desde 1990, en todos los países encuestados, la tasa de fertilidad total es más baja en las zonas urbanas.

Algunos autores afirman que para las clases rurales, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes, probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad ni las condiciones adecuadas para hacerlo. Además es evidente que el nivel de educación de las mujeres en el área rural, es inferior al de aquellas que viven en el área urbana, lo que constituye por sí mismo un factor de riesgo como se explicó anteriormente. Quizás la diferencia más constante en los niveles de uso de anticonceptivos entre grupos sea la existente entre las mujeres de las zonas rurales y urbanas.

- **Origen y edad en que se recibe la educación sexual**

La educación sexual en la etapa de la adolescencia no es solo prevenir problemas, sino también un elemento útil para promover el desarrollo de una visión positiva de la sexualidad. En el desarrollo humano, de los 6 a 12 años de edad, etapa de latencia del desarrollo sexual, cuando los niños están ansiosos de conocimientos, es el momento de suministrar todos los conocimientos científicos para que las conclusiones a las que lleguen sean verdaderas.

Hablar de sexo con naturalidad y verdad, es importante informar (tomando en cuenta la edad y la capacidad intelectual) acerca de todo lo concerniente a la reproducción (de donde vienen los niños, como se hacen y como no se hacen, etc.), informarle de los cambios físicos y psíquicos de la pubertad y de principios morales de la conducta humana, en forma sencilla y sincera, sin esperar a que ellos pregunten, con respeto, pero de una manera realista, recordemos que cuando se comienzan a dar los cambios primarios y secundarios de la pubertad ya es tarde. Gran parte de las decisiones personales son hechas durante la adolescencia aunque ya muchas de estas ideas o pensamientos surgieron en la infancia.

La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no deseado en ese momento.

La buena educación sexual ayuda a los jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgo, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no debe ser solo información sino formación para llegar al cambio de actitudes y prácticas.

Al proporcionar educación sexual adecuada a estos jóvenes inician una vida de seguridad y afecto, mejorando su calidad de vida, sin temores, desechando toda clase de mitos y tabúes, asumiendo así mismo una responsabilidad tanto en la vida adulta como en la vejez. Una educación sexual adecuada implica hablar de valores, estilos de vida saludable y habilidades para la vida; esta información generalmente no se la proporcionan los adultos por lo que los adolescentes tienen dificultad para adquirirla, ya sea por vergüenza, por no saber a dónde ir ni a quien preguntarle. Por lo tanto, gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben vienen de filtros desinformados o de compañeros sin formar, además de esto, es un hecho que los medios masivos de información bombardean cotidianamente al joven con estímulos sexuales que presionan para que inicien las relaciones en edades tempranas.

La educación sexual ha demostrado ser efectiva para disminuir los estilos de vida sexual de riesgo, Furstenberg y colaboradores demostraron que los adolescentes de 15 a 16 años que habían tenido educación sexual tenían menos probabilidad de tener experiencia sexual.

Además es conocido que los adolescentes que no tienen una adecuada educación sexual y escogen ser sexualmente activos, se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternales, financieras, culturales y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado, hecho que influye de manera importante en el aumento de embarazos a corta edad.

Muchas veces el sistema educativo ignora estas necesidades de los jóvenes, muy pocas escuelas consideran importantes brindar servicios de educación sexual a sus estudiantes. Se plantea que resulta más prometedor intentar planes de educación sexual con mayor énfasis en la paternidad responsable y en los valores de la familia que en información puramente biológica. Esta educación debe proporcionar conocimientos sobre control de la fertilidad que permitan escoger la opción más acorde con los principios éticos, religiosos y culturales.

- **Edad de inicio de la actividad sexual y número de compañeros sexuales**

Cada vez aumenta más el número de jóvenes sexualmente activos, en muchos países mas de la mitad tienen relaciones sexuales sin protección antes de los 16 años. A nivel mundial se ha demostrado mediante diversos estudios que la vida sexual activa en las mayorías de las personas empieza en la etapa de la adolescencia. En Nicaragua, de acuerdo a una encuesta realizada por PROFAMILIA en 1993, los adolescentes inician sus relaciones sexuales a los 15 años y hay poco tiempo entre esta primera unión y el primer parto.

En los países en desarrollo, la edad media para tener el primer contacto sexual es a los 18 años de edad. Para las mujeres de América Latina y el Caribe, la edad mediana es alrededor de los 18 a 19 años, sin embargo en América Latina y el Caribe, la edad mediana descendió descendió en aproximadamente 7 meses en los 12 países donde se realizó la encuesta. Entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe los niveles de experiencia sexual pre matrimonial que se informan llegan al 24%.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada en una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 14.9 años para varones, y de 15.7 años para mujeres.

El estudio de poblaciones adolescentes cubanas en el año 2000 ha demostrado que las relaciones sexuales en las mismas comienzan como promedio a los 12 y 13 años para el sexo masculino y femenino respectivamente, teniendo el sexo masculino edades medias de inicio menores que su contraparte.

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad, el 24% de las adolescentes mujeres y el 27% de los varones; el porcentaje aumenta a un 66% con respecto a las adolescentes solteras que a la edad de 19 años, ya tienen vida sexual. Los estudios demuestran que a la edad de 20 años del 75 al 77% de las mujeres y del 85 al 86% de los hombres estadounidenses son sexualmente activos.

Los tempranos contactos sexuales, se considera que si se inician a los 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazada antes de los 19 años y a la edad de los 13 años se asocian con un 56% de embarazos durante la adolescencia.

El 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan, y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posterior al inicio de las relaciones. Además el 35% de las madres adolescentes son solteras y entre el 50-75% de estos embarazos son no deseados.

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15-19 años tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento anual del 10% de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 a 19 años.

En un estudio en el Policlínico Docente “Wilfredo Pérez” de la Habana, Cuba en el año 2000, las mayores diferencias en relación con el número de parejas anteriores, correspondieron al grupo de adolescentes embarazadas con 9.5% con dos o más parejas sexuales en comparación con las adolescentes no embarazadas que corresponden al 3.4%.

Otro aspecto a tomar en cuenta, es que mientras más temprano se comience a tener citas más probabilidades hay de tener actividad sexual en la adolescencia, según un estudio realizado por el Department of Obstetrics & Gynecology, en el Centro Medico de la Universidad de Pennsylvania en el 2002, las citas a la edad de 12 años están relacionadas con la posibilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años, y las citas a la edad de 13 años se asocian con una posibilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia. Incluso Morris señala que el deseo de tener un embarazo se incrementa de acuerdo con la edad de inicio de la relación sexual.

En general, la edad temprana de la primera relación sexual y la promiscuidad podría aumentar la posibilidad de tener un embarazo durante la adolescencia.

- **Uso de métodos anticonceptivos**

Dentro de las causas de los embarazos en la adolescencia se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. Como no hay ningún método anticonceptivo efectivo al 100%, la abstinencia es la manera más segura de prevenir un embarazo.

Morrison informa que el comportamiento anticonceptivo de los jóvenes se relaciona con aspectos de personalidad, desarrollo, cognición y toma de decisiones, aspectos que se desarrollan en su mayoría dentro de la familia.

Cuando se habla de anticoncepción en la adolescencia se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos que son inseparables entre sí: la pobreza, la educación y las características sexuales propias del adolescente.

La pobreza limita el acceso a los centros de ayuda, generalmente se acompaña por falta de recursos para la preparación profesional, dato que se acentúa en las poblaciones rurales, que si bien ha venido aumentando su porcentaje de uso y de conocimiento de métodos anticonceptivos, sigue siendo el grupo con mayor nivel de pobreza y de menor nivel educativo, así como el de mayores tasas de embarazos en la adolescencia.

Las encuestas confirman que entre las mujeres con mayor educación es más probable que usen planificación familiar y, por ende, logren la meta de no tener más hijos de los que desean. Por otro lado, hay una mayor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos entre hombres si se imparte un programa de educación sexual antes del inicio de la actividad sexual. Hallazgos que resaltan la necesidad de iniciar la educación sexual en edades tempranas.

La búsqueda fisiológica del adolescente por conocer su sexualidad si no está guiada adecuadamente lleva a este a un inicio temprano de la actividad sexual física y un riesgo mayor de embarazo en este periodo. Las adolescentes a menudo no tienen poder como para resistir a la relación sexual o insistir en el uso de preservativos. El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. Para 1999, se encontró que el tiempo promedio entre la primera relación sexual y el fin de su primer embarazo fue de solo 22 meses. Se estima que una adolescente sexualmente activa que no usa ningún método anticonceptivo, tiene el 90% de probabilidad de quedar embarazada en un periodo de un año.

A pesar de que en América Latina el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en un 10% en esta década, existen datos que revelan que la mayoría de las adolescentes no usa protección en la primera relación sexual (entre el 58.5 y el 85%) y que el 50% de los embarazos ocurren aproximadamente 6 meses después de este primer contacto.

Muchos adolescentes sexualmente activos no utilizaban ningún método de planificación familiar. En países en desarrollo, solo el 17% de las mujeres casadas entre 15 y 19 años de edad utiliza métodos anticonceptivos.

Para el 2004 se estimó que entre el 60-70% de los embarazos en adolescentes no son deseados y que el 50% de las madres solteras son de este grupo de edad, lo que nos hace inferir que las deficiencias en la planificación familiar de este grupo tienen gran peso sobre la prevalencia del embarazo a temprana edad.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Es de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Puesto de Salud Francisco Real en Valle La Laguna, Masaya. Ubicado en la comarca La Ermita, de la comunidad Valle La Laguna, municipio de Monimbó, Masaya.

Universo:

Lo representa 81 pacientes registradas en el censo de embarazadas entre las edades de 10 a 19 años del Puesto de Salud Francisco Real de Valle La Laguna, en el periodo de enero a diciembre del 2016.

Tamaño de la Muestra:

Se tomaron los 81 pacientes que cumplieron con los datos establecidos en los criterios de inclusión y exclusión. Es decir se tomó el 100% del universo.

Tipo de Muestreo:

La muestra es no probabilística por conveniencia, ya que se tomaron únicamente los pacientes que tenían expediente clínico completo y se tenía disponibilidad de los mismos.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes entre las edades de 10 a 19 años registradas en el censo de embarazadas del puesto de salud Valle La Laguna en el periodo de enero a diciembre 2016.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no habitan en las comunidades aledañas al puesto de salud Valle La Laguna.

- Pacientes cuyo tutor o padre de familia no esté de acuerdo con que la adolescente participe en el estudio.

Método de recolección de la información:

La fuente de información fue primaria y secundaria. Primaria ya que se obtuvo información directamente de la adolescente mediante una encuesta y secundaria debido a que se tuvo que completar información mediante los reportes del expediente clínico.

La técnica de recolección fue a través de entrevista y revisión documental (expediente clínico), en el que se explicaba a la adolescente y/o al tutor de la menor de edad, los objetivos y el alcance de la investigación, así como la confidencialidad de los datos.

El instrumento utilizado para este estudio fue un cuestionario, dividido en 4 ítems principales, basado en los objetivos del presente estudio:

1. Datos Generales
2. Factores biomédicos
3. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva
4. Factores psicológicos

El I ítem aborda los aspectos generales de la paciente en estudio, con el propósito de conocer las características sociodemográficas, es por ello que consta de 7 aspectos: edad, escolaridad, estado civil, procedencia, ocupación, religión e ingreso mensual.

El II ítem valora los factores biomédicos divididos en antecedentes ginecoobstétricos (6 preguntas) entre ellas: IVSA, inicio de menstruación, número de compañeros sexuales, número de embarazos, gesta, para, aborto, óbitos, edad de su primer embarazo. Y antecedentes personales no patológicos: si toma, fuma, se droga o uso frecuente de PPMS.

El III ítem es un cuestionario de selección múltiple que evalúa generalidades sobre la salud sexual y reproductiva y consta de 11 preguntas con valor de 1 punto cada respuesta y su respectiva clasificación.

El IV item evalúa los aspectos psicológicos divididos en 2 cuestionario, el primero conocido como Apgar familiar que evalúa la funcionalidad de la familia y el segundo evalúa la autoestima.

Operacionalización de Variables:

Características sociodemográficas

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Características socio demográficas	Conjunto de caracteres relacionados a la demografía y aspectos sociales a la demografía de los individuos en estudio	Edad	Años cumplidos	a) 10 – 11 años b) 12 – 13 años c) 14 - 15 años d) 16 – 17 años e) 18 – 19 años
		Escolaridad	Nivel académico	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Técnico e) universitaria
		Procedencia	Zona geográfica	a) Urbano b) Rural
		Ocupación	Actividad laboral que desempeña	a) estudiante b) ama de casa c) cuenta propia d) administrativa e) otro
		Religión	Fe que profesa	a) Católica b) Evangélica c) Otra
		Ingreso mensual	Córdoba	a) < C\$4,000 b) C\$ 4,000- C\$ 10,000 c) > C\$ 10,000

Factores biomédicos

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Antecedentes ginecoobstétricos		Inicio de vida sexual activa (IVSA)	Años	a) 10 – 11 años b) 12 – 13 años c) 14 - 15 años d) 16 – 17 años e) 18 – 19 años
		Primera Menstruación	años	a) 10 – 11 años b) 12 – 13 años c) 14 - 15 años d) 16 – 17 años e) 18 – 19 años
		Compañeros sexuales	Número	a) 1 a 2 b) 3 a 5 c) > 5
		Embarazos	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
		Partos	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
		Cesáreas	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
		Abortos	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
		Óbitos	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
		Primer embarazo	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Antecedentes personales no patológicos	Estilo de vida no saludables	Usted toma licor?	Referido por la paciente	a) Si b) No
		Usted fuma?		a) Si b) No
		Ha probado algún tipo de droga?		a) Si b) No
		Ha tomado alguna vez PPMS?		a) Si b) No

Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Estilo de vida no saludables	Puntaje obtenido en el cuestionario sobre generalidades de salud sexual y reproductivo	a) Bueno (8 – 11 respuestas correctas) b) Regular (4 – 7 respuestas correctas) c) Malo (0 a 3 respuestas correctas)

Factores psicológicos

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Apgar familiar	Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia	Puntaje obtenido en el cuestionario Apgar familiar	<ul style="list-style-type: none"> a) Normal (17 – 20 puntos) b) Disfunción leve (16 – 13 puntos) c) Disfunción moderada (12 – 10 puntos) d) Disfunción severa (menor o igual a 9 puntos)
Autoestima	Cuestionario para la evaluación de la autoestima	Puntaje obtenido en el cuestionario escala de evaluación de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> a) Alta autoestima (1 – 13 puntos) b) Baja autoestima (14 – 28 puntos)

Plan de Procesamiento y Análisis de la Información

Después de recolectados los datos, estos se digitarán y procesarán en el programa estadístico SPSS en el que se elaboraran tablas y gráficos para el análisis de estos. También se hará un informe escrito en Microsoft office Word 2013, y para la presentación de este trabajo se harán en Microsoft office Power Point 2013.

Dentro de los aspectos contemplados en el instrumento, los ítems I y II son llenados mediante selección múltiple. En el caso de los ítems III, es una evaluación sobre los conocimientos en salud sexual y reproductiva consta de 11 preguntas, cuyos valores para su análisis esta brindado por un puntaje de 1 punto y categorizado en 3 opciones según el valor alcanzado: bueno (8-11 respuestas Correctas), regular (4-7 respuestas correctas) y malo (0 a 3 respuestas correctas). En el caso de del IV ítems (Factores psicológicos) están 2 cuestionarios: el primero que valora la funcionabilidad de la familia (Apgar familiar) y es evaluado por la escala de Likert y su respuesta es categorizada en: Normal (7 – 20 puntos), Disfunción leve (16 – 13 puntos), Disfunción moderada (12 – 10 puntos) y Disfunción severa (menor o igual a 9 puntos).

El segundo cuestionario es para valorar la autoestima, y al igual que el anterior, es a través de la escala de Likert en el que según el puntaje de sus respuesta fue categorizado de la siguiente manera: Alta autoestima (1 – 13 puntos) y Baja autoestima (14 – 28 puntos)

Aspectos Éticos

En esta investigación se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos; por lo que la información obtenida es de total confidencialidad, en ningún momento se obtuvo información que no se dirigiese a la finalidad del estudio.

VIII. RESULTADOS

Características sociodemográficas

En relación a la edad, se encontró que la mayoría se encontraba entre las edades de 17 a 19 años con un 74% (60), seguido de 14 a 16 años con un 25% (20) y de 10 a 13 años con un 1% (1).

La mayoría tenía escolaridad primaria con un 69% (56), seguido de secundaria con un 27% (56), analfabeta con un 2% (2) y técnico con un 1% (1).

El estado civil predominó acompañada con un 73% (59), seguido de soltera con un 22% (18) y casada con un 5% (4).

La procedencia fue rural con un 99% (80) y urbano con un 1% (1).

Con respecto a la ocupación la mayoría es ama de casa con un 63% (51), estudiante con un 16% (13), cuenta propia con un 11% (9) y otra 10% (8).

La mayoría profesa religión católica con un 86% (70), evangélica 11% (9) y otra 2% (2).

El ingreso mensual era menor de C\$4,000 córdobas con un 83% (67) y de C\$4,000 a C\$ 10,000 un 17% (14).

Factores biomédicos

En relación al inicio de vida sexual activa, la mayoría mencionó que iniciaron entre las edades de 14 a 16 años con un 81% (66) seguido de 17 a 19 años con un 10% (8) y de 11 a 13 años con un 9% (7).

La primera menstruación fue entre las edades de 10 a 12 años con un 67% (54), seguido de 13 a 15 años con un 28% (23) y menor de 9 años con un 5% (4).

Con respecto a los compañeros sexuales que dichas adolescentes han tenido el 93% (75) refirió que han tenido 1 a 2 compañeros, seguidos de un 7% (6) que dijeron de 3 a 5 compañeros sexuales.

En relación a la cantidad de embarazos la mayoría era primigesta con un 78% (63), seguido de 2 a 3 embarazo con un 21% (17) y más de 3 embarazos con un 1% (1).

La mayoría no ha tenido parto ya que en el momento de la investigación se encontraba con su primer embarazo con un 58% (47), seguido de 1 a 2 partos vaginales con un 41% (33) y más de 2 partos con un 1% (1).

Las adolescentes refieren en su mayoría que no se han realizado cesárea con un 74% (60), seguido de un 26% (21) se habían realizado de 1 a 2 cesáreas.

La mayoría no había tenido abortos con un 85% (69) y de 1 a 2 abortos con un 15% (12).

Ninguno de las adolescentes reporta óbitos 100% (81).

Con respecto a la edad de su primer embarazo el 57% (46) lo tuvo entre las edades de 14 a 16 años, seguido de un 41% (33), de 11 a 13 años un 1% (1) y de 10 a menos años un 1% (1).

En relación a los antecedentes personales no patológicos, la mayoría refirió no tener ninguno, sin embargo el 42% (34) ha consumido en su vida PPMS, seguido del licor que tuvo un 10% (8) y tabaco un 1% (1).

Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

La mayoría posee un buen nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva con un 65% (53), seguido de un 33% (27) que tenía regular conocimientos y un 1% (1) poseía malos conocimientos.

Factores psicológicos

Según el apgar familiar, que mide la funcionalidad de la familia, la mayoría presentó disfunción moderada con un 47% (38), seguido de disfunción severa con un 42% (34) y disfunción leve con un 11% (9).

Según la escala de evaluación de la autoestima, la mayoría de las adolescentes presenta baja autoestima con un 91 (74) y un 9% (7) tenía alta autoestima.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS.

La presente investigación se realizó en el puesto de salud Francisco Real, ubicado en la comunidad Valle La Laguna, Monimbó, Masaya – Nicaragua, contiene información de 81 adolescentes embarazadas registradas en el censo de embarazadas de esa unidad de salud.

Características sociodemográficas

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Nicaragua es el país centroamericano con las estadísticas más altas de embarazo en adolescentes. Dentro de las edades que predominaron en esta investigación se encontraron mujeres de 17 a 19 años, coincidiendo con los estudios internacionales de Angulo (2015) y Rodríguez & Espinoza (2016); y estudios nacionales tales como el de la Asociación Quincho Barrilete que plantea que la edad promedio de dichas mujeres era alrededor de los 17 años, y plantea que cada año adicional de vida aumenta en 16.1% la probabilidad de quedar embarazada antes de cumplir 20 años.

La baja escolaridad es uno de los factores que influyen tanto en las causas como en las consecuencias en el embarazo en adolescentes. En el presente estudio la mayoría de las adolescentes refirieron haber llegado a primaria. Esta situación se acompleja debido a que ninguna de las adolescentes reportó estudiar alguna carrera universitaria, lo que conlleva a falta de oportunidades laborales y falta de independencia económica.

Tanto Rodríguez & Espinoza (2016) como el reporte de la Asociación Quincho Barrilete (2013) plantean que los embarazos en adolescentes se dan principalmente en estado civil de acompañante, esto puede definirse que fue durante la etapa de “noviazgo”, también por la situación legal reflejado en el código de la familia de Nicaragua se considera menor de edad a las personas menores de 18 años y por ende no puede contraer matrimonio.

La procedencia fue totalmente rural, esto debido a que la ubicación de la unidad de salud en estudio se encuentra ubicado en la zona rural de Masaya., sin embargo es importante resaltar que la mayoría de los estudios refleja que las adolescentes procedentes de zona rural poseen más riesgo de salir embarazadas.

La combinación de la baja escolaridad así como la procedencia de zona rural proporciona el medio para que la mayoría de las adolescentes se dediquen a cuidar sus casas o casas ajenas (ama de casa) para ganar un poco de dinero, esto se agrava ya que dicha situación no le permite seguir u obtener mejores oportunidades. Según otros estudios hasta es posible el riesgo de otro embarazo antes de los 20 años.

La mayoría profesa religión católica, esto puede deberse a que Nicaragua a pesar de ser un país laico en su constitución, posee un alto valor histórico de la doctrina católica por la conquista de los españoles. Dicho aspecto es más notable en las zonas rurales del país.

Dentro de los aspectos que influyen el embarazo en adolescentes es la situación económica precaria, dentro de este aspecto la mayoría refirió un ingreso mensual menor de C\$4,000 córdobas, clasificado actualmente como menos del salario mínimo. Cabe destacar que por ser adolescentes dicho componente fue asociado al componente económico de su familia.

Factores biomédicos

El inicio de vida sexual activa temprana es uno de los factores asociados al embarazo en adolescentes, según los estudios que abordan dicha problemática. En el presente estudio la mayoría mencionó que iniciaron entre las edades de 14 a 16 años. Si se asocia dicho resultado con la poca información adquirida hasta ese momento sobre salud sexual y reproductiva, así como la baja escolaridad, tiene una lógica de presentar un alto riesgo para las adolescentes.

Otro de los factores que están asociados a embarazo en adolescentes es la primera menstruación temprana, en esta investigación las edades que predominaron fueron de 10 a 12 años, entre más temprano las adolescentes presenten su primera menstruación sumado con el inicio de su vida sexual activa, pone en riesgo a un embarazo temprano

Con respecto a los compañeros sexuales, la mayoría refirió haber tenido de 1 a 2, coincidiendo con los resultados de Rodríguez y Espinoza que plantean que la mayoría de las adolescentes embarazadas han tenido 1 pareja sexual y hasta en algunos casos su primera pareja es el padre su hijo o hija.

En relación a la cantidad de embarazos la mayoría era primigesta y por ende no ha tenido parto ya que en el momento de la investigación se encontraba con su primer embarazo. Y en los casos de adolescentes que tenían antecedentes de embarazos fueron por partos vaginales. De igual manera no habían tenido abortos ni óbitos.

Con respecto a la edad de su primer embarazo la mayoría lo tuvo entre las edades de 14 a 16 años, coincidiendo con los estudios de Carvajal y colaboradores y Rodríguez & Espinoza. Sumado a la baja escolaridad y bajo nivel económico, así como la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

A pesar que la mayoría no refirió poseer antecedentes personales no patológicos, se pudo identificar el abuso de las pastillas para la mañana siguiente (PPMS), esto comprueba la falta de conocimiento sobre el uso adecuado de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

La Asociación Quincho Barrilete plantea la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva como factor para embarazo en adolescente, pero tanto en su estudio como en la presente investigación ambos poseían un buen conocimiento, sin embargo se puede analizar que a pesar de tener un buen conocimiento poseen prácticas de riesgos ante las relaciones sexuales, un ejemplo de ellos es el uso frecuente de PPMS.

En Nicaragua el tema de la salud sexual y reproductiva se introdujo en el currículo del Ministerio de Educación en 2009. De acuerdo con Loaiza y Liang (2013), en esos años solo el 18% de las escuelas primarias y secundarias utilizaban la guía oficial sobre educación sexual y reproductiva. Por otro lado, el Ministerio de Educación (MINED), con el apoyo técnico de UNFPA, finalizó en 2011 el documento “Educación de la Sexualidad: Guía Básica de Consulta para Docentes”, que tiene por objeto facilitar el desarrollo de capacidades en los docentes para impartir diversos temas de sexualidad en sus clases.

Estimaciones realizadas en base a la ENDESA 2011/12 indican que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, el 76.1% afirmó haber recibido alguna lección sobre educación sexual. Dicho porcentaje fue superior para las adolescentes que nunca estuvieron embarazadas en relación con aquellas que quedaron embarazadas

Factores psicológicos

El apgar familiar es un instrumento que permite evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Según dicho instrumento la mayoría presentó disfunción moderada, lo que concuerda con la literatura internacional que plantea que una familia con problemas funcionales tienen mayor riesgo de que sus hijos adolescentes queden embarazadas a temprana edad.

Otro de los aspectos que afectan en las decisiones de los adolescentes es el nivel de autoestima. Según la escala de evaluación de la autoestima, la mayoría de las adolescentes presenta baja autoestima lo que concuerda con la literatura que entre más baja autoestima tenga una adolescente mayor es el riesgo de cometer errores durante su etapa, dentro de esta el embarazo temprano.

X. CONCLUSIONES.

- La mayoría de las pacientes en estudio tenían entre 17 a 19 años de edad, escolaridad primaria, estado civil acompañado, de procedencia rural, católica, con ingreso mensual menor de C\$4,000 córdobas.
- Las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 14 a 16 años de edad, su primera menstruación fue entre los 10 a 12 años, refirieron de 1 a 2 compañeros sexuales, primigestas, con parto vaginal, sin abortos ni óbitos y su primer embarazo fue entre las edades de 14 a 16 años. No poseían antecedentes no patológicos, sin embargo el uso frecuente de PPMS fue notable.
- En relación al nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, la mayoría posee buenos conocimientos.
- Con respecto a los factores psicológicos se encontró que la mayoría tenía una disfunción moderada según el apgar familiar que valora la funcionalidad de la familia y una baja autoestima según la escala de evaluación de la misma.

XI. RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud

- Fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a los y las adolescentes mediante la articulación interinstitucional de la empresa pública y privada.
- Incrementar la cobertura de anticonceptivos, especialmente en las zonas rurales. Esto debe ir acompañado de asesoría sobre uso adecuado y planificación familiar.

Al Ministerio de Educación

- Realizar campañas educativas contra el machismo, el abuso y la violencia, construcciones de género y embarazo adolescente reforzando masculinidades positivas.
- Desarrollar programas que promuevan la reinserción o continuidad en el sistema educativo de las adolescentes dado que un alto porcentaje de adolescentes no estudian al momento del embarazo y/o posterior a este.

Al personal del Puesto de Salud

- Promover la educación sexual a las y los adolescentes y los padres de familia, tanto mediante campañas de concientización en las comunidades como consejerías en una mayor proporción en los centros educativos.
- Brindar atención diferenciada de salud para las y los adolescentes. Dicho servicio debe incluir consejería en salud sexual reproductiva.

A las adolescentes

- Asistir puntualmente a las citas médicas tanto de planificación familiar como en el seguimiento de su embarazo.
- Concientizarse de la importancia de las charlas educativas de salud sexual y reproductiva.
- Hacer uso de los métodos anticonceptivos apropiados para ellas.
- Socializar con la pareja y familia la importancia de la vinculación familiar sin violencia.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Quincho Barrilete. (2013). *Factores asociados al embarazo adolescente en poblaciones de alto riesgo social*. Managua.
- Barraza, J., & Murillo, J. (2010). Factores asociados a embarazo en adolescentes. *Arch Salud Sin*, 118-123.
- Blázquez, M. (2012). Embarazo adolescente. *Revista electrónica medicina, salud y sociedad*, 1-8.
- Bonilla, O. (2010). Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 207-213.
- Carvajal, R., Valencia, H., & Rodríguez, R. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la universidad industrial de Santander*, 290-300.
- Contreras, J. (2011). *Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E. Alejandro Próspero Reverend de Santa Marta en los años 2008 - 2009*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Díaz, L., Espitia, J., Prasca, M., Puerta, Y., & Quintana, C. (2013). *Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes: Cartagena 2012-2013*. Cartagena.
- ENDESA. (2011/2012). *Encuesta de desarrollo y salud*. Managua.
- FUNIDES. (2016). *Embarazo adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.
- MINSA. (2006). *Normas y protocolos paa la atención de las complicaciones obstétricas*. Managua: MINSA.
- Noguera, N., & Alvarado, H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista colombiana de enfermería*, 151-160.

OMS. (Septiembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO Web site:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Sánchez, Y., Mendoza, L., Grisales, M., Ceballos, L., Bustamente, J., Castañeda, E. C., & Acuña, M. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tulúa, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 269-281.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION



Buenos (as) Días/Tardes, el presente cuestionario es para llevar a cabo un estudio descriptivo acerca de *Factores asociados a embarazos en adolescentes del municipio del Valle La Laguna*; su información es de carácter confidencial y de vital importancia para este estudio, por lo que solicitamos que conteste con sinceridad a cada una de las preguntas.

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES

No. Encuesta: _____. Fecha de entrevista: ____/____/_____.

Edad: ____ años.

Escolaridad: Analfabeta ☐

Primaria ☐

Secundaria ☐

Técnico ☐

Universitaria ☐

Estado civil: soltera ☐

acompañada ☐

casada ☐

divorciada ☐

viuda ☐

Procedencia: Urbana ☐

Rural ☐

Ocupación: Estudiante ☐

Ama de casa ☐

Cuenta propia ☐

Administrativa ☐

Otra ☐

Religión: Católica ☐

Evangélica ☐

Otra ☐

Ingreso mensual: < C\$4,000 ☐

C\$4,000 a C\$ 10,000 ☐

> C\$ 10,000 ☐

II. FACTORES BIOMÉDICOS

ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? Edad: ____ años
2. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? Edad: ____ años
3. Numero de compañeros sexuales: _____.
4. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____.
5. De esos, cuantos han sido:
Partos vaginales: _____
Cesáreas: _____
Abortos: _____
Óbitos (Muerte fetal entre el quinto y noveno mes de embarazo): ____
6. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo? Edad: ____ años

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Usted toma licor? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Usted fuma? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Ha probado algún tipo de droga? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Ha tomado alguna vez PPMS? | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

III. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación se enuncia una serie de suposiciones en relación a los métodos anticonceptivos (MAC), (Marque con una x según su opinión).

1. ¿Cuáles de los siguientes son métodos anticonceptivos para planificación familiar? (EXCEPTO)
 - a. Inyecciones y Pastillas (Géstagénos orales)
 - b. Antibióticos
 - c. Condones
2. ¿Cuáles de los siguientes es un método anticonceptivo de emergencia?
 - a. Condones
 - b. PPMS

- c. DIU
3. ¿En qué casos se usa métodos anticonceptivos de emergencia?
- Cuando a la mujer no le bajo la menstruación en el tiempo esperado
 - Cuando hubo una relación sexual sin protección y la mujer no desea el embarazo
 - Todo el tiempo se puede ocupar.
4. ¿Todas las mujeres pueden usar cualquier método anticonceptivo sin importar la edad?
- Sí ____ No ____
5. ¿Es necesario hacerse un chequeo médico para saber que método anticonceptivo es ideal para usar?
- Sí ____ No ____
6. ¿Cuál de los siguientes son métodos anticonceptivos naturales?
- Aceites de aloe vera – Duchas Vaginales – Agua de coco
 - Método del Ritmo – Coito interrumpido – MELA
 - Manzanilla – Moringa – Hierba buena
7. ¿Cuáles de los siguientes son Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?
- Neumonía, Diarrea, Conjuntivitis
 - Infección de vías urinarias, acné, gripe
 - VIH/SIDA, Gonorrea, Sífilis
8. ¿Qué métodos anticonceptivos previenen ITS y VIH/SIDA?
- Condomes y abstinencia
 - PPMS
 - DIU
9. ¿Todas las ITS tienen cura?
- Sí ____ No ____
10. ¿A través de qué manera se puede contraer VIH/SIDA?
- Un beso o abrazo
 - Transfusiones sanguíneas o relaciones sexuales sin protección
 - A través de la picadura de un zancudo
11. ¿La realización de duchas (lavados) vaginales después de tener relaciones sexuales evita el embarazo?
- Sí ____ No ____

BUENO (8-11 Respuestas Correctas):/___/; 2. REGULAR:(4-7 Respuestas correctas) /___/; 3. MALO (0 a 3 respuestas correctas)

Respuestas Correctas):/___/

IV. FACTORES PSICOLÓGICOS

APGAR FAMILIAR (CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA)

PREGUNTAS	Nunca (0)	Casi Nunca (1)	Algunas Veces (2)	Casi Siempre (3)	Siempre (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza y amor					
Me satisface en mi familia: El tiempo como compartimos para estar juntos, Los espacios en la casa y El dinero					

PUNTAJE: _____

CLASIFICACIÓN: _____

Interpretación del puntaje

Normal: 17 – 20 puntos

Disfunción leve: 16 – 13 puntos

Disfunción moderada: 12 – 10 puntos

Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos

ESCALA DE VALORACIÓN DE AUTOESTIMA

PREGUNTAS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
No soy tan popular como otras personas de mi edad	4	3	2	1
Otras personas piensan que no soy tan divertido para estar con ellas	4	3	2	1
Me gustaría ser diferente para tener más amigos	4	3	2	1
Mis padres se sienten orgullosos de mí	1	2	3	4
Nadie me presta atención en la casa	4	3	2	1
Con frecuencia me siento innecesaria en la casa	4	3	2	1
Mis padres piensan que voy a tener éxito en el futuro	1	2	3	4

Puntaje _____

CLASIFICACIÓN: _____

Alta autoestima: 1 – 13 puntos

Baja autoestima: 14 – 28 puntos

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes registradas en el censo de embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			Frecuencia	Porcentaje
	EDAD	10 - 13	1	1
		14 - 16	20	25
		17 - 19	60	74
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	ESCOLARIDAD	Analfabeta	2	2
		Primaria	56	69
		Secundaria	22	27
		Técnico	1	1
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	ESTADO CIVIL	Soltera	18	22
		Acompañada	59	73
		Casada	4	5
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	PROCEDENCIA	Urbana	1	1
		Rural	80	99
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	OCUPACIÓN	Estudiante	13	16
		Ama de Casa	51	63
		Cuenta Propia	9	11
		Otra	8	10
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	RELIGIÓN	Católica	70	86
		Evangélica	9	11
		Otra	2	2
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	INGRESO MENSUAL	< C\$ 4,000	67	83
		C\$ 4,000 - C\$ 10,000	14	17
		Total	81	100

Fuente: Cuestionario

Tabla 2. Antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS			Frecuencia	Porcentaje
	IVSA	11 - 13 años	7	9
		14 - 16 años	66	81
		17 - 19 años	8	10
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
		9 - 12 años	58	72
		13 - 15 años	23	28
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	COMPAÑEROS SEXUALES	1-2	75	93
		3-5	6	7
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	GESTAS	1	63	78
		2-3	17	21
		>3	1	1
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	PARTOS	1	33	41
		2-3	0	0
		>3	1	1
		Ninguno	47	58
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	CESÁREAS	1	20	25
		2-3	1	1
		Ninguno	60	74
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	ABORTOS	1	12	15
		Ninguno	69	85
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	OBITOS	Ninguno	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	PRIMER EMBARAZO	10 - 13 años	2	2
		14 - 16 años	46	57
		17 - 19 años	33	41
		Total	81	100

Fuente: Cuestionario

Tabla 3. Antecedentes personales no patológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS			Frecuencia	Porcentaje
	LICOR	No	73	90
		Sí	8	10
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	TABACO	No	80	99
		Sí	1	1
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	DROGA	No	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	PPMS	No	47	58
		Si	34	42
		Total	81	100

Fuente: Cuestionario

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.

		Frecuencia	Porcentaje
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Bueno	53	65
	Regular	27	33
	Malo	1	1
	Total	81	100

Fuente: Cuestionario

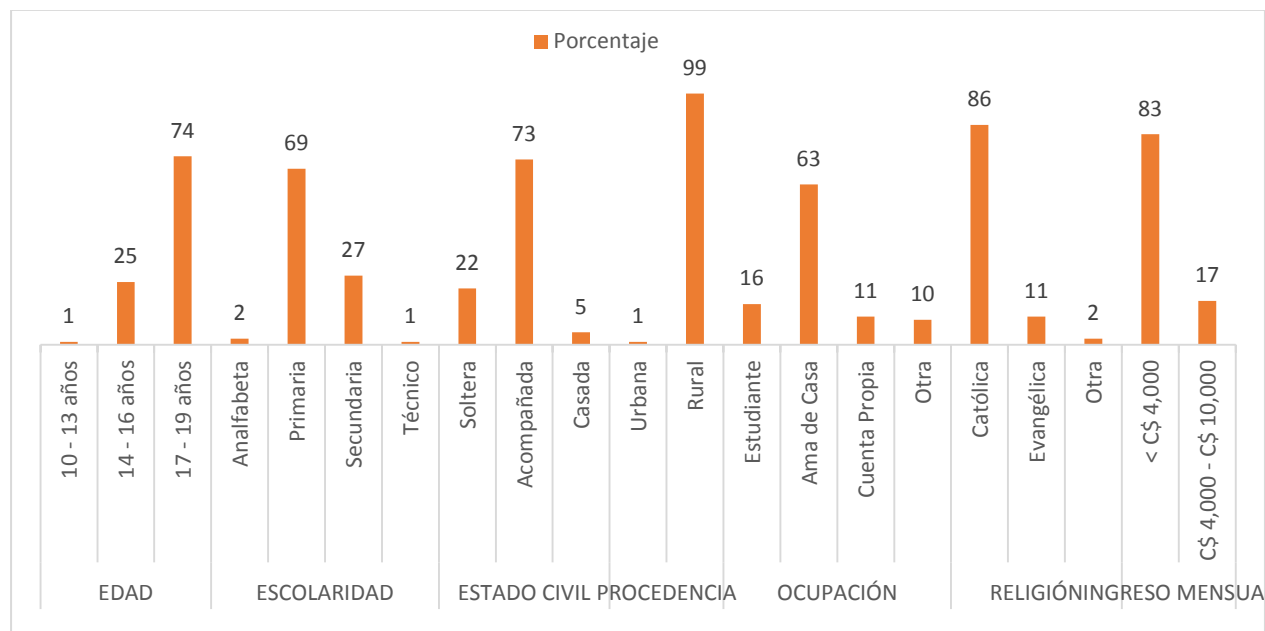
Tabla 5. Factores psicológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.

FACTORES PSICOLÓGICOS			Frecuencia	Porcentaje
	APGAR FAMILIAR	Disfunción leve	9	11
		Disfunción moderada	38	47
		Disfunción severa	34	42
		Total	81	100
			Frecuencia	Porcentaje
	ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA AUTOESTIMA	Alta autoestima	7	9
		Baja autoestima	74	91
		Total	81	100

Fuente: Cuestionario

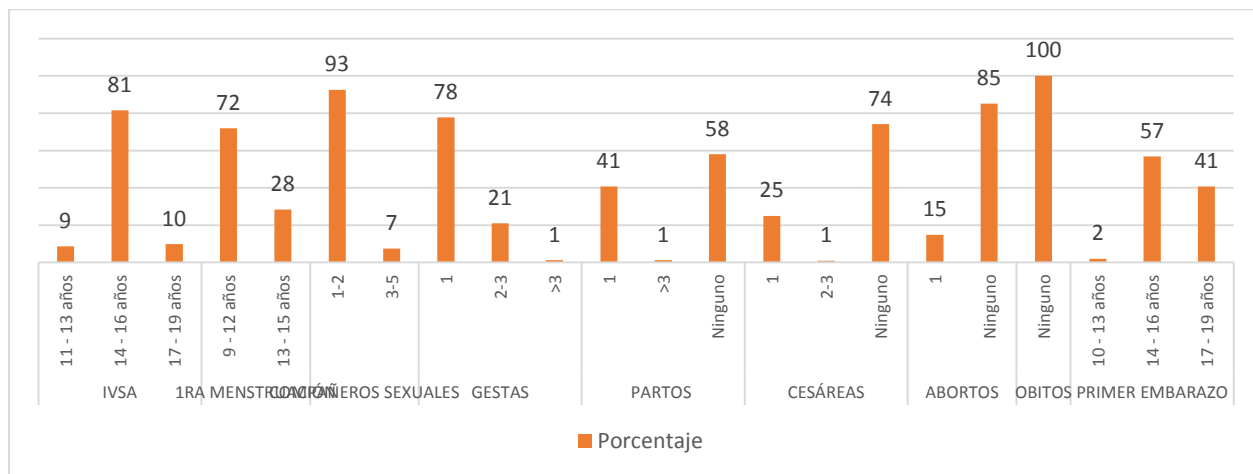
Gráficos

Gráfico 1. Características sociodemográficas de las pacientes registradas en el censo de embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.



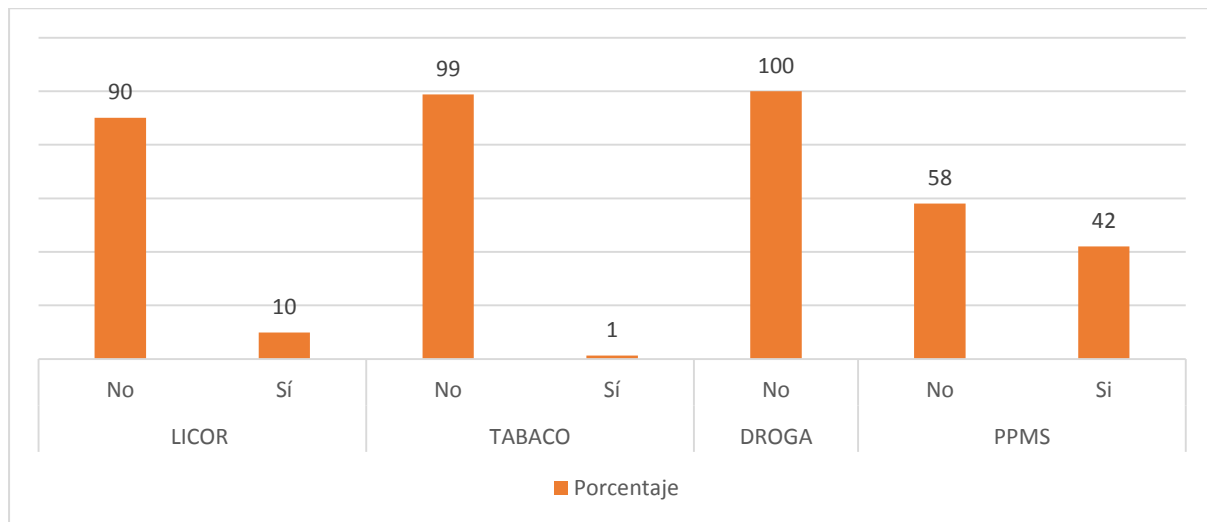
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.



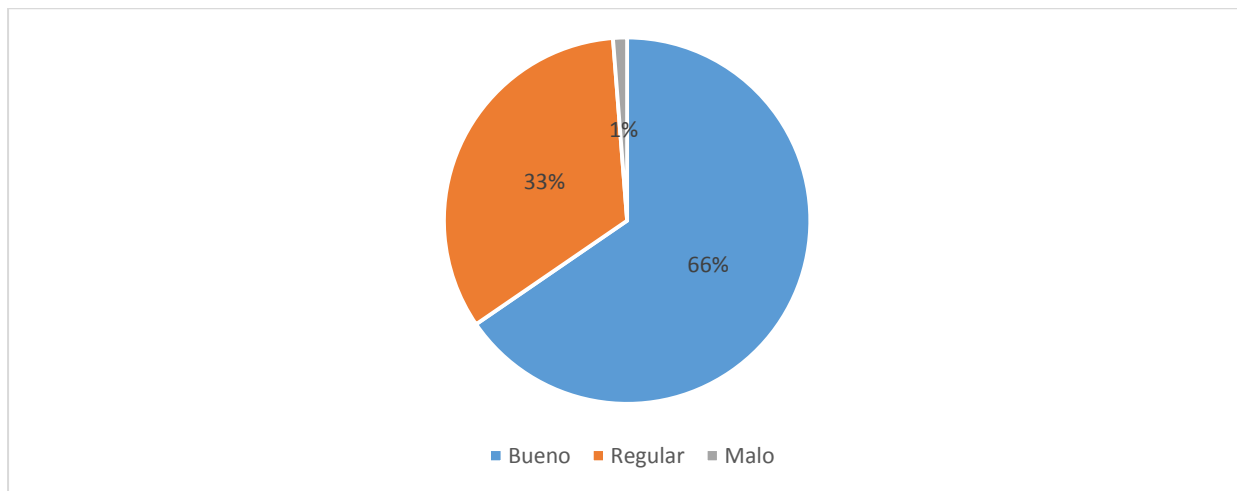
Fuente: Tabla 2

Gráfico 3. Antecedentes personales no patológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.



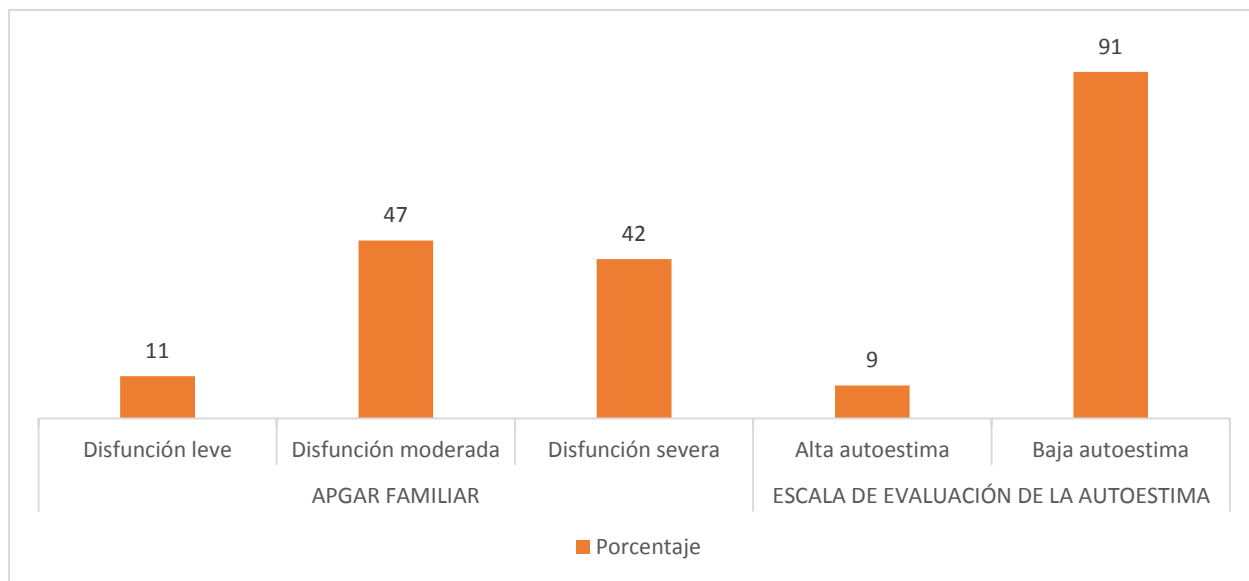
Fuente: Tabla 3

Gráfico 4. Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 5. Factores psicológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud Francisco Real de Valle la Laguna, Masaya, enero – diciembre 2017.



Fuente: Tabla 5